



SAINT VINCENT DE PAUL

**CENTRE DE GENETIQUE CHROMOSOMIQUE**

**Hôpital Saint Vincent de Paul**

Boulevard de Belfort – BP 387, 59020 Lille Cedex

Tél. : 03 20 87 76 57 - Fax : 03 20 87 76 59

Email : [sec\\_cytogenetique\\_sv@ghicl.net](mailto:sec_cytogenetique_sv@ghicl.net)

Pr B. DELOBEL - Dr B. DUBAN-BEDU

**INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE À LA RÉALISATION DU PRÉLÈVEMENT ET D'UN OU DE PLUSIEURS EXAMENS À VISÉE DE DIAGNOSTIC en référence aux articles R. 2131-1 ET R. 2131-2 du code de la santé publique et conformément aux arrêtés du 14 janvier 2014 et du 25 janvier 2018**

**Je soussignée** .....  
**atteste** avoir reçu du Dr ..... au cours d'une consultation médicale en date du .....

1) Des informations relatives :

- au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- aux caractéristiques de cette affection ;
- aux moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités éventuelles de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né.

2) Des informations sur les examens biologiques susceptibles d'établir un diagnostic prénatal *in utero* qui m'ont été proposés et dont je souhaite bénéficier :

- cet (ces) examen(s) nécessite(nt) un prélèvement de liquide amniotique, de villosités chorales (placenta), de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ;
- les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement nécessaire pour réaliser cet (ces) examen(s) m'ont été précisés ;
- j'ai été informée qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit m'a été précisé.

**Je consens** au prélèvement (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de (\*) :

- liquide amniotique ;
- villosités chorales ;
- sang fœtal ;
- autre prélèvement fœtal (précisez : .....

**Je consens** également à l'examen ou aux examens (\*) pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué :

- examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ;
- examens de génétique moléculaire ;
- examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- examens de biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer : Hôpital St Vincent de Paul – Centre de Génétique Chromosomique – Lille

ou .....

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise insi qu'au praticien devant effectuer les examens.

Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

(\*) Rayez les mentions inutiles

Lille, le

Date :

Signature du praticien

Signature de l'intéressée



**CENTRE DE GENETIQUE CHROMOSOMIQUE**  
**Hôpital Saint Vincent de Paul**  
Boulevard de Belfort – BP 387, 59020 Lille Cedex  
**Tél. : 03 20 87 76 57 - Fax : 03 20 87 76 59**  
**Email : sec\_cytogenetique\_sv@ghicl.net**

Pr B. DELOBEL - Dr B. DUBAN-BEDU

**Je soussignée** .....

**atteste** avoir été informée par le Dr ..... au cours d'une consultation  
médicale en date du .....

de la possibilité de recourir à des examens permettant d'évaluer le risque que le foetus présente  
une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse

et/ou

de la possibilité de recourir à des examens à visée de diagnostic ;

Je ne souhaite pas recevoir d'informations portant sur ces examens que je ne  
souhaite pas effectuer.

des modalités (buts, principes, risques) des examens à visée de diagnostic ;

Je ne souhaite pas avoir recours à ces examens.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.  
Une copie de ce document m'est remise.

Lille, le

Date :

Signature du praticien

Signature de l'intéressée